

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PCDT: ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH)
CID 10: D84.1

1. Medicamentos

Danazol 100 mg (por cápsula)
Danazol 200 mg (por cápsula)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais;

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;

SOLICITAÇÃO INICIAL

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos **episódios de angioedema** ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A ACADA SEIS MESES

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos **episódios de angioedema** ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL	RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
☐ Cópia do exame de atividade de C1-INH (Inibidor de C1-esterase); ☐ Cópia do exame de dosagem de Complemento CH50; ☐ Cópia do exame de dosagem de Complemento C4. ☐ B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	☐ C1-INH e C4; ☐ Hemograma completo; ☐ B-HCG sérico para mulheres em idade fértil ☐ AST (TGO); ☐ ALT (TGP); ☐ Fosfatase Alcalina; ☐ Colesterol Total e frações; ☐ Triglicerídeos; ☐ Sumário de Urina = EQU = EAS; ☐ Anualmente: Ultrassonografia Abdominal

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Imunologia e/ou Genética**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e SAS/MS nº. 880, de 12/07/2016 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Angioedema associado à deficiência de C1 esterase (C1-INH).

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada.